



# Version Alpha

# Sommaire

## Chapitre 1 Généralités

1. L'engagement des moyens du SDIS dans le cadre du secours à personne
2. Le rôle du chef d'agrès VSAV
3. Le rôle du conducteur VSAV
4. Le rôle de l'équipier VSAV
5. Le rôle de l'apprenant VSAV
6. Rappels : le devoir de réserve, de secret professionnelle, responsabilité du CA
7. La tenue en intervention

## Chapitre 2 La relation entre le VSAV et les structures de régulation et de commandement

1. Les situations de message simplifié à transmettre ou «bilan simplifié»
2. La demande de renfort médical en situation d'urgence absolue
3. La fiche bilan
4. Les matériels biomédicaux
5. Le droit des victimes

## Chapitre 3 Le VSAV en intervention

1. La conduite
2. Le balisage de l'engin
3. Positionnement de véhicule
4. La définition du lieu de l'évacuation de la victime

## Chapitre 4 Les situations particulières

1. Accouchement sous X
2. Carence d'ambulance
3. Hospitalisation à la demande d'un tiers – soins à la demande d'un tiers
4. Hospitalisation d'office – soins à la demande d'un représentant de l'état
5. Prise en charge d'une victime mineure
6. Suspicion de maltraitance
7. Suspicion d'agression sexuelle
8. Transport d'un détenu
9. Refus de transport
10. Personne décédée
11. Catégorisation des victimes
12. Prise en charge d'un représentant des forces de l'ordre ou d'un service partenaire
13. Suspicion d'AVC
14. Transport d'une victime dans un cabinet médical
15. Intervention sur le domaine skiable
16. Intervention sur une scène de crime ou équivalent
17. Transfert inter hôpitaux
18. Personne forcenée
19. Personne en fin de vie
20. Risques infectieux

# CHAPITRE 1 :

# GENERALITES

## 1 L'engagement des moyens du SDIS dans le cadre du secours à personne

### Les appels reçus sur le 18

Les appels reçus par le CTA nécessitent de par leur nature même, un engagement des moyens de secours avant régulation médicale ; ces situations sont qualifiées de départ réflexe.

#### \*Les départs réflexes

Plusieurs dispositions réglementaires, précisent que les situations de départ réflexe sont de trois natures :

- les situations cliniques particulières ;
- les circonstances particulières ;
- l'environnement et lieu de survenue de la détresse.

#### \*La détresse vitale identifiée à l'appel

Dans l'état actuel des connaissances acquises de la science et de l'éthique, les situations de détresse vitale sont les suivantes :

- arrêt cardiaque, mort subite ;
- détresse respiratoire ;
- inconscience ;
- hémorragies sévères ;
- section complète de membres, de doigts ;
- brûlures ;
- accouchement en cours ou imminent ;
- écrasement de membres ou de tronc, ensevelissement ;
- tentative de suicide avec risque imminent.

Dans ces cas, l'opérateur CTA engage les moyens disponibles du SDIS, les plus adaptés à la situation. Si la présence d'un professionnel de santé apporte à l'évidence un bénéfice médical, il est procédé par l'opérateur CTA, sous le contrôle du chef de salle, à l'envoi d'un membre disponible du PSSM du SDIS. Cet envoi est signalé au médecin régulateur du SAMU, sans préjuger de l'envoi complémentaire d'une UMH – SMUR. Puis, il transfère l'appelant et les informations au médecin-régulateur du CRRRA 15 en vue d'une régulation médicale.

#### \*Les circonstances particulières

Certaines demandes de secours, compte-tenu des circonstances, présentant des risques particuliers, justifient un départ immédiat des moyens de secours du SDIS, les plus adaptés à la situation, avant régulation médicale. Cet engagement réflexe est réalisé notamment dans les cas suivants :

- noyade ;
- pendaison ;
- électrisation, foudroiement ;
- personne restant à terre suite à une chute ;
- rixe ou accident avec plaie par arme à feu ou arme blanche ;
- accident de circulation avec victime ;
- intoxication collective ;
- toutes circonstances mettant en jeu de nombreuses victimes.

Après avoir engagé les secours, l'opérateur CTA transfère l'appelant et les informations au médecin-régulateur du CRRRA 15 en vue d'une régulation médicale.

### **\*Les interventions sur voie publique, les établissements recevant du public (ERP) ou dans les lieux publics**

Dans ce cas, un départ immédiat des moyens du SDIS, *avant régulation médicale*, est engagé par l'opérateur CTA. Ce dernier transfère l'appelant et les informations au médecin-régulateur du CRRA 15 en vue d'une régulation.

#### **\*Les autres cas**

Certains appels reçus par le CTA peuvent être transférés au CRRA 15 par une bascule, après saisie des données sur la grille 18, lorsque l'appel fait formellement l'objet d'une demande concernant :

- la permanence des soins (PDS) ;
- les demandes de transports ambulanciers ;
- les demandes de renseignements ou de conseils médicaux.

Dans l'hypothèse où l'une de ces demandes revient vers le CTA, après traitement par le CRRA 15, et nécessite l'engagement d'un VSAV pour transport simple, l'intervention peut être considérée comme une carence de transporteur sanitaire privé.

D'autres cas concernent :

#### **\*Les cas de demandes d'intervention sur réquisition**

Si l'appel est effectué dans le cadre des pouvoirs de réquisition des forces de police ou de gendarmerie, les moyens de secours adaptés à la situation sont engagés, tout en s'assurant de la sécurité des personnels adressés sur les lieux de l'intervention.

#### **\*Les interventions à domicile et les accidents de travail**

Dans les cas visés auparavant où en cas de lésions accidentelles et traumatiques, l'opérateur CTA engage un départ réflexe des moyens du SDIS et transfère l'appelant et les informations au médecin-régulateur du CRRA 15, en vue d'une régulation médicale. Si la présence d'un professionnel de santé apporte à l'évidence un bénéfice médical, il est procédé par l'opérateur CTA, sous le contrôle du chef de salle, à l'envoi d'un membre du PSSM du SDIS. Cet envoi est signalé au médecin-régulateur du SAMU, sans préjuger de l'envoi complémentaire d'une UMH - SMUR.

#### **\*Le domaine skiable**

Dès lors qu'une mission de transport sanitaire, relative à une personne malade, blessée ou parturiente, réalisée par les moyens du SDIS sur la demande du CRRA 15 et consécutive à un accident, incident sur le domaine skiable sera recensée, une participation aux frais sera établie à la commune, siège du domaine skiable, suivant des modalités délibérées en conseil d'administration du SDIS.

## **2- Le rôle du chef d'agrès**

Le chef d'agrès du VSAV est avant tout le garant du bon déroulement de l'intervention. Il doit assurer la bonne prise en compte de la mission, la sécurité de ses personnels, la remontée des informations vers le CODIS et les aspects relationnels.

Une fois la première reconnaissance effectuée par le premier agrès sur les lieux, rédiger un **message d'ambiance** à destination du CODIS y compris pour les missions SAP où un message simplifié doit confirmer ou modifier la nature d'intervention. Ce dernier doit être élaboré le plus rapidement possible. Un délai de 5 à 10 minutes après l'arrivée sur les lieux est pertinent. Il doit à minima contenir les éléments suivants :

- « **Je suis** » :           • adresse ou localisation ;
- « **Je vois** » :           • nature du sinistre / son importance ;  
                                  • présence de public, de victimes, d'un événement particulier....
- « **Je demande** » :       • en fonction de la situation rencontrée, une demande de renforts supplémentaires.

Cette notion ci-dessus, ne s'applique pas aux engins venant en renfort.

Le chef d'agrès rédige ensuite, un **message de renseignements** dans un délai apprécié de T+20 après le message d'ambiance, clair et précis.

Le chef d'agrès veillera également à :

- la sécurité de ses personnels en faisant porter les EPI adaptés et stationner avec balisage si besoin, le VSAV ;
- faire adapter la conduite de son engin en fonction de la situation ;
- transmettre les bilans secouriste au SAMU et solliciter les renforts nécessaires.

**Le bilan secouriste** est rédigé sur la base de la fiche bilan secouriste mise en place au sein du SDIS 63. La transmission du bilan secouriste à destination du SAMU 63 s'effectue sur le TKG SSU (Secours et Soins d'Urgence) conformément à l'OBDSIC.

En cas de non réponse du SAMU 63 sur la SSU, après deux appels restés sans réponse par la station directrice, le bilan est passé par téléphone si possible, en composant obligatoirement le 18. Une mise en conférence est alors réalisée avec les services du CRRRA, prioritairement.

**Le chef d'agrès est chargé de renseigner la fiche bilan** à disposition dans tous les VSAV. Celle-ci est transmise à la structure hospitalière d'accueil, un double est conservé par le SDIS pour archivage. En cas de non transport, une fiche bilan est remplie et conservée au CS. Le chef d'agrès de retour dans son CIS, renseigne le CRSS dans un délai maximum de 8 jours conformément au guide d'élaboration des CRSS et aux notes de service en vigueur. Chaque VSAV qui assure un transport renseigne obligatoirement l'identité de sa ou ses victimes.

Lors du transport, il accompagne la victime et l'équipier dans la cellule.

**Sans présence d'un CDG ou d'un CA SR**, le chef d'agrès du VSAV est le premier COS. Il dirige l'intervention et peut s'appuyer sur l'équipe SMUR ou les membres du 3SM, qui sont chargés de la médicalisation de la ou les victimes.

En présence d'un CA SR ou deux équipes, le CA VSAV est placé sous leurs ordres. En présence d'un CID ou lot sec, le CA VSAV est responsable de l'intervention.

### 3- Le rôle du conducteur

**Profil minimum** : être titulaire du permis de conduire en cours de validité + apte SAP médicalement + Equipier SAP.

Le conducteur est chargé de mener l'équipage sur les lieux de l'intervention en adaptant sa conduite à l'urgence et aux conditions de circulation (trafic, météo, météo...). Une fois sur les lieux, il assure le stationnement en sécurité de l'engin avec mise en place du balisage au besoin. Pour toutes les missions AVP, un balisage sera mis en œuvre conformément au guide en vigueur.

Dans certaines zones, il assure la fermeture à clé de l'engin. En période froide, il met en œuvre le chauffage de la cellule dès le départ afin d'assurer une prise en charge optimale de la victime.

Le conducteur participe activement aux gestes de premiers secours et à toutes les étapes de l'intervention. Pendant toute la durée de la mission, il est placé sous le commandement du CA.

Lors de l'évacuation, il adopte une conduite souple et adaptée afin d'assurer un transport confortable et non délétère de la victime. Il stationnera correctement aux urgences afin de faciliter l'arrivée des autres ambulances.

Il participe au reconditionnement et à la désinfection de l'engin une fois de retour dans le CIS. En cas d'accident, il rédige le constat à l'amiable conformément à la procédure en vigueur.

#### 4- Le rôle de l'équipier

**Profil minimum** : apte SAP médicalement + Equipier SAP

L'équipier VSAV participe à l'ensemble des actions conformément aux ordres donnés par le CA du VSAV. Il prodige les premiers gestes secouristes, met en œuvre les techniques adaptées avec les matériels en dotation dans l'engin.

Lors de l'évacuation, il accompagne la ou les victimes dans la cellule arrière. Il participe au reconditionnement de l'engin une fois de retour dans le CIS.

#### 5- Le rôle de l'apprenant

**Profil minimum** : apte SAP médicalement + fonction Apprenant

L'apprenant VSAV participe à l'ensemble des actions conformément aux ordres donnés par le CA du VSAV. Il observe les actions menées, sans en prodiguer une seule lui-même car non formé. Il est identifiable par le port de la chasuble spécifique.

#### 6- Rappels : le devoir de réserve, de secret professionnelle, responsabilité du CA

Le sapeur-pompier doit s'abstenir de porter un jugement sur les opérations ou les décisions prises par les supérieurs hiérarchiques devant les médias, les autorités ou les élus. Au cours d'une intervention, les SP sont amenés à travailler à proximité de personnes et de personnalités, ils doivent donc rester courtois et modérés leur propos.

Un agent public ne doit pas divulguer les informations relatives au fonctionnement de son administration.

L'obligation de discrétion concerne tous les documents non communicables aux usagers. Les sapeurs-pompiers doivent donc agir avec réserve face à une situation donnée sans prendre de parti et observer de la retenue dans l'expression de leurs opinions.

La prise de photographie et la communication d'informations sur les réseaux sociaux dans le cadre opérationnel sont formellement interdites.

#### 7 La tenue en intervention

- a. Missions SAP : la tenue à porter sur ce type de mission correspond à l'ensemble deux pièces SPF1 qui pourra être adapté suivant les conditions météorologiques par l'ajout de la veste haute visibilité ou du gilet éponyme sur la voie publique.
- b. Missions SR : l'équipage VSAV sera doté de la tenue SPF1 et d'un EPI de haute visibilité conformément au point ci-dessus.
- c. Missions INC : au moment du départ, l'équipage se dotera de sa tenue de feu complète.
- d. Autres missions (DPS, service de sécurité.....) : conforme à l'ordre d'opérations établi.

**CHAPITRE 2 :**  
**LA RELATION ENTRE LE**  
**VSAV ET LES**  
**STRUCTURES DE**  
**REGULATION ET DE**  
**COMMANDEMENT**

Le message comporte l'ensemble des informations recueillies par l'équipe lors du bilan secouriste, il est complété par la description des gestes effectués. Il s'efforce d'apporter des informations précises et pertinentes de manière concise et ordonnée. Il contient notamment les éléments suivants :

- le motif de recours, les plaintes de la victime et les circonstances de l'intervention ;
- les éléments physiologiques recueillis par les secouristes ;
- les lésions traumatiques éventuellement décelées ;
- la description et l'évaluation de l'intensité de la douleur ;
- le cas échéant, les antécédents et/ou le (s) traitement (s) en cours ;
- les gestes entrepris ;
- et enfin, les paramètres observés sur les appareils de monitoring.

Lorsque le VSAV effectue un transport de longue durée (supérieure à 30 mn par exemple) ou en cas d'aggravation de l'état de la victime, il appartient au chef d'agrès de passer par communication radioélectrique SSU au CRRA un message rendant compte de l'évolution de l'état de la victime.

Dans le cadre de l'application du référentiel commun, ce message peut être simplifié dans le but, soit d'alléger le travail de la régulation médicale, soit de faciliter celui des intervenants sur le terrain.

## 1. Les situations de message simplifié à transmettre ou «bilan simplifié»

Le chef d'agrès est dispensé d'un message complet (point 3.1.2) à la régulation médicale dans un certain nombre d'interventions qui concernent en particulier la petite traumatologie périphérique et notamment :

Circonstances particulières :

- problème social isolé ;
- brancardage ;
- absence de personnes impliquées sur les lieux de l'intervention ;
- si un SMUR est présent sur les lieux et qu'une seule victime nécessite une médicalisation. Le chef d'agrès intègre alors dans son message de renseignement : «SMUR sur les lieux».

Suspicion d'affections, sauf **chez l'enfant en bas âge**, la personne âgée et la personne handicapée :

- contusions, plaies et brûlures simples ;
- entorses des doigts, du poignet, du pied, de la cheville, du genou ;
- fractures fermées, isolées, sans complication ni déformation importante des doigts, du poignet, de l'avant-bras, du pied, de la cheville, de la jambe, de la clavicule ;
- tout traumatisme non ouvert et non déplacé des extrémités.

L'attention des chefs d'agrès est appelée sur **la nécessité absolue** d'effectuer un bilan secouriste complet pour prendre les mesures de secourisme les plus appropriées lors de la prise en charge d'une victime. Seule la transmission du message, du fait des circonstances, doit être simplifiée.

En cas de doute, le contact avec le CRRA s'impose naturellement.

Tout signe d'aggravation durant l'intervention doit faire impérativement l'objet d'un contact avec le CRRA 15 prioritairement par SSU.

Tout doute ou signe d'aggravation, notamment la douleur intense durant l'intervention, doit cependant faire l'objet d'un bilan puis d'un message immédiat et complet dans les conditions habituelles.

Une information est transmise au CRRA 15 de façon à clôturer un dossier qui aurait été ouvert.

## 2. La demande de renfort médical en situation d'urgence absolue

En cas d'urgence absolue qui mobilise l'ensemble de l'équipe et/ou lorsque la nécessité d'une médicalisation d'urgence ne fait aucun doute, cette procédure permet au chef d'agrès présent sur les lieux d'obtenir de manière rapide et simplifiée un moyen médical adapté.

La demande est transmise prioritairement par communication radioélectrique SSU, qui permet l'écoute simultanée par le CRRA 15 et le CODIS.

Une procédure d'urgence absolue est mise en place et appliquée à ces situations.

Cette demande est complétée dans les meilleurs délais par un message classique de manière à renseigner plus complètement le CODIS et le CRRA 15.

### **3. La fiche bilan**

Toute intervention de SAP du SDIS avec victime, fait l'objet de la rédaction d'un document appelé «fiche bilan». Elle est remise à la structure d'accueil. Un double est conservé par le Pôle SSM du SDIS.

Cette fiche permet la transmission de données de façon claire et concise, elle est conforme au modèle en vigueur au sein du SDIS.

En cours d'intervention, elle est complétée au titre du bilan évolutif, au moins toutes les trente minutes en cas de prise en charge de longue durée, d'événement nouveau ou de volonté du chef d'agrès de témoigner de l'état de la victime avant sa prise en charge par le service d'accueil. Elle est remplie et signée par le chef d'agrès même s'il n'y a pas transport.

Dès que les systèmes d'information opérationnels SAMU et SDIS seront inter opérés suivant les normes en vigueur, la fiche bilan sera transférée sous format numérique par le SAMU à la structure d'accueil.

### **4. Les matériels biomédicaux**

L'usage des matériels complémentaires de bilan et de diagnostic (matériel bio médical embarqué), ne vient qu'en complément du bilan secouriste ou clinique, et l'usage de ces matériels ne tient pas lieu à lui-seul, de bilan.

### **5. Le droit des victimes**

Chaque victime doit bénéficier d'une information adaptée et compréhensible sur son état de santé, les gestes secouristes mis en œuvre et l'évolution de l'intervention jusqu'à sa prise en charge par une structure hospitalière.

En cas de litige, il appartient au SDIS d'apporter la preuve que l'information a bien été donnée au travers des documents suivants :

- la fiche bilan secouriste ;
- l'historique de l'intervention avec toute la chronologie du déroulement tracée par les statuts ou messages en phonie ;
- les enregistrements sonores téléphoniques ou radio mais aussi ceux liés à la mise en œuvre du DSA ;
- la fiche de refus de transport ;
- le compte rendu de sortie de secours réalisé par le chef d'agrès.

L'ensemble de ces documents retraçant le déroulement de l'intervention et les actions entreprises, doivent faire l'objet de la plus grande attention. Le CRSS sera complété et validé dans les 8 jours qui suivent la fin de l'intervention.

# CHAPITRE 3 :

## LE VSAV EN INTERVENTION

## 1. La conduite

Sauf aménagements particuliers, les règles du code de la route s'appliquent à la conduite du VSAV en intervention.

Un VSAV est considéré comme un engin d'intérêt général au titre du code de la route. Pour autant, les autres usagers sont censés lui favoriser le passage si pour cela, le VSAV utilise **son avertisseur sonore et simultanément son gyrophare**. L'utilisation des phares est également autorisée en journée pour améliorer la perception par les autres usagers.

L'utilisation du gyrophare et du deux tons est **strictement limitée aux missions à caractère d'urgence**. Le chef d'agrès est responsable de l'utilisation des avertisseurs spéciaux pour se rendre sur intervention.

Le **franchissement des signaux d'arrêt** est accepté dans la cadre des missions d'urgence, sous réserve de respecter les points suivants :

- abaisser la vitesse à l'approche de l'intersection ;
- marquer un temps d'arrêt au niveau du dispositif ;
- avancer au pas en anticipant la survenue d'un éventuel usager.

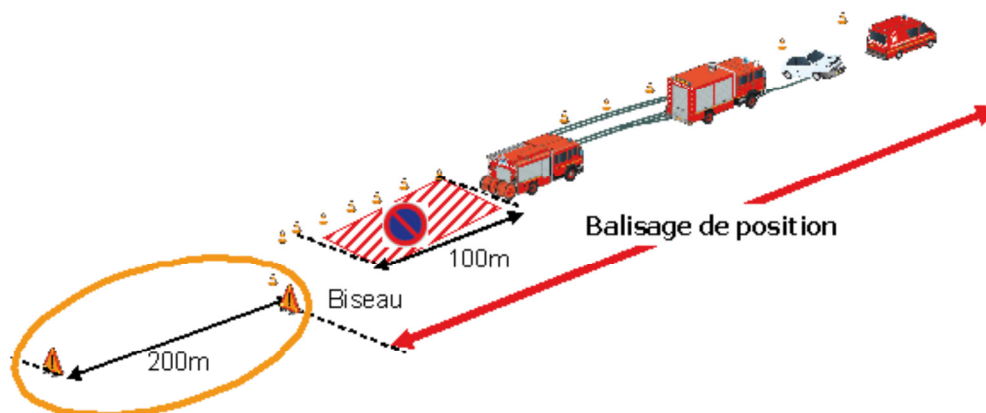
Dans le cadre des missions d'urgence, le chef d'agrès doit faire adapter la conduite du VSAV aux conditions de circulation mais aussi à l'environnement météorologique.

Le port de la ceinture de sécurité est obligatoire pour se rendre en intervention mais aussi lors du retour de mission.

Le transport d'une victime vers un centre hospitalier, s'effectuera à vitesse adaptée. Si la victime est médicalisée, il sera nécessaire d'adapter le nombre de personne dans la cellule conformément aux règles définies par la carte grise. Les personnels en surplus, prendront place à bord du véhicule du SAMU. Le chef d'agrès, veillera pendant le transport à ce que chaque membre de l'équipage soit assis et ceinturé et que la victime est également sanglée au brancard sauf contre-indication médicale.

## 2. Le balisage de l'engin

Sur chaque mission, même pour une carence d'ambulancier privée, la sécurité du VSAV et de ses personnels devra être appréhendée par le chef d'agrès au travers du stationnement de l'engin et du port des EPI par les personnels.



Se reporter au guide des bonnes pratiques en matière de balisage.

### 3. Positionnement du VSAV

Le VSAV devra toujours être positionné dans le sens de circulation ce qui impose de faire un demi-tour si l'accident ou l'intervention se trouve dans le sens inverse.

### 4. La définition du lieu d'évacuation de la victime

Chaque victime peut exprimer son choix en matière de destination hospitalière. Pour autant, c'est la régulation médicale qui définira in fine, l'établissement d'acheminement. Ce dernier sera fonction :

- o de son état de santé et de ses lésions ;
- o du protocole médical à mettre en place ;
- o des places disponibles dans les différentes structures.

### 5. Capacités du 3SM à renforcer l'action d'un VSAV

Soutien Psychologique aux intervenants

Soutien opérationnel de la PUI

Soutien opérationnel des ISP suivants les protocoles définis :

- ACR Adulte et enfant
- Hémorragie sévère adulte et enfant
- Déshydratation sévère adulte et enfant
- Brulures graves adulte et enfant
- Détresse respi chez adulte et enfant asthmatique
- Réaction allergique grave adulte et enfant
- Hypoglycémie adulte et enfant
- Douleur adulte et enfant
- Etat de mal convulsif adulte et enfant
- Intoxication par fumées d'incendie adulte et enfant
- Coup de chaleur d'exercice adulte
- Intoxication au CO
- Accouchement inopiné
- Détresse respiratoire du nouveau-né

# **CHAPITRE 4 :**

# **LES SITUATIONS**

# **PARTICULIERES**

## Mémo opérationnel

### Risques principaux

- Garantir à la personne le respect de son choix d'accoucher sous le secret.
- Sécurisation de la prise en charge.

### Consignes générales

- Rappeler à tous les intervenants les règles en matière de secret professionnel et secret médical.
- Limiter le nombre de personnes autres que les intervenants.
- Aucun renseignement ne doit être divulgué ou apparaître sur les documents du SDIS.

### Conduite à tenir

- A la naissance, respecter un moment d'intimité entre la mère et l'enfant si besoin.
- Transmettre toutes les informations par téléphone, via le 18, au CRRA 15 en décrivant la situation sans porter de jugement.
- Dans toutes les démarches au sein de l'hôpital, indiquer madame « X » dans les échanges.

### Observations

- Si hésitation de la patiente, préférer la démarche de naissance sous « X » sachant qu'il est plus facile de lever l'anonymat ultérieurement que l'inverse.
- Si patiente mineure, pas nécessité de disposer de l'autorisation du responsable légal.
- Au retour au CIS, contacter le CODIS pour modifier l'ordre de départ si la patiente est aussi la personne qui a sollicité les SP.  
L'ordre de départ sera remis au chef de centre pour destruction. Le CRSS sera renseigné sans mentionner l'identité et un quelconque élément pouvant faire le lien avec la patiente.  
Réunir les personnels concernés et rappeler les règles de confidentialité. Pas de discussion au sein du CIS, pas de diffusion à d'autres services.

### Mémo opérationnel

#### CARENCE D'AMBULANCE PRIVEE

Après régulation médicale, si l'appel nécessite l'intervention suffisante d'une ambulance privée, et que celle-ci, après un temps de recherche raisonnable ne peut être mobilisée dans des délais satisfaisant pour le malade et sa pathologie, il peut être fait appel au VSAV dans le cadre des « carences ». Suivant les règles d'engagement en vigueur et le nombre d'effecteurs disponibles, le SDIS peut refuser cette mission, à partir du moment où elle risque d'affaiblir la capacité de réponse opérationnelle du service.

Ne sont pas considérées comme CTPS, les interventions du SDIS, d'aide technique comme les aides au brancardage ou intervention GRIMP. Pour autant, une participation aux frais conformément aux délibérations en vigueur au sein du SDIS, pourrait concerner le requérant (ambulancier privé) en cas de sollicitation abusive ou récurrente.

#### APPUI SMUR

Code sinistre « transport VSAV demandé dans le cadre du SMUR »

Si le régulateur médical le décide, en complément d'une VML, et en dehors de l'aspect prompt secours, une demande d'intervention d'un VSAV peut être effectuée auprès du CTA afin d'effectuer le transport du patient vers le CH siège du SMUR.

Suivant les règles d'engagement en vigueur et le nombre d'effecteurs disponibles, le SDIS peut refuser cette mission, à partir du moment où elle risque d'affaiblir la capacité de réponse opérationnelle du service.

Lorsque la mission est acceptée par le SDIS, les équipages sapeurs-pompiers mis à disposition du SMUR pour la réalisation de missions lui incombant sont alors sous l'autorité fonctionnelle du médecin du SMUR. La régulation médicale des interventions est effectuée par le SAMU Centre 15. Ces missions font l'objet de conventions entre les établissements sièges de SMUR et le SDIS. Le paiement de la prestation est assuré au SDIS, par le CH siège du SMUR considéré, conformément aux modalités conventionnelles.

#### CAS PARTICULIER DE CARENCE DE MOYENS DE BRANCARDAGE

Dans certains cas, le SAMU peut solliciter les SDIS, en renfort ou en appui de moyens déjà engagés par d'autres acteurs de secours (SMUR, ambulances...), pour effectuer des actions de relevage et/ou de brancardage.

De façon exceptionnelle le SDIS peut être amené à apporter une aide simple, sans moyens techniques particuliers, à un effecteur privé déjà engagé et dans l'incapacité d'assurer le brancardage. Dans ce cas, il est fait appel prioritairement à un CID (équipage à 2 hommes). Au besoin, et en cas d'indisponibilité du CID de 1<sup>er</sup> appel, le CTA engagera un CID d'un CIS de 2<sup>ème</sup> voire 3<sup>ème</sup> appel.

**L'engin se déplacera sur les lieux sans gyrophare ni deux tons.**

#### Observations

##### Soins à la demande d'un tiers (ancienne HDT)

- Ils concernent les personnes qui, compte-tenu de leurs troubles psychiatriques, relèvent de soins immédiats assortis d'une surveillance médicale constante en milieu hospitalier et qui apparaissent comme mentalement incapables de donner leur consentement à l'hospitalisation. Cette décision est prise d'un point de vu médical et n'est pas du ressort du CA.
- Conditions d'entrée :
  - demande écrite d'une tierce personne (membre de la famille ou personne justifiant de relations antérieures lui donnant qualité à agir dans son intérêt) ;
  - deux certificats médicaux circonstanciés de moins de 15 jours, émanant de deux médecins (ni parents, ni alliés du directeur de l'établissement de la personne hospitalisée ou du tiers ayant demandé l'admission).



**En cas de péril imminent (risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade), les SDT ne nécessitent qu'un seul certificat médical.**

Dans tous les cas, la décision d'admission en soins psychiatriques sur demande d'un tiers est prononcée par le directeur de l'établissement d'accueil.

##### Soins à la demande d'un représentant de l'État (ancienne HO)

- Ils concernent les sujets dont les troubles mentaux compromettent la sûreté des personnes et portent atteinte de façon grave à l'ordre public.
- Conditions d'entrée :
  - un certificat médical circonstancié ne pouvant émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil ;
  - un arrêté préfectoral prononçant l'admission en soins psychiatriques ;
  - une décision préfectorale faisant suite à une mesure provisoire du maire (arrêté municipal). Cette période de soins et d'observation ne peut excéder 72 heures.



**En cas d'urgence les SDRE ne nécessitent qu'un seul avis médical ou s'appuient sur la notion de notoriété publique.**

Une procédure particulière permet l'admission en soins psychiatriques sur **décision judiciaire** (arrêt ou jugement de déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental sur la base d'une expertise psychiatrique). On parle **d'hospitalisation sans consentement** à la demande du représentant de l'État (**HSC-RE** = procédure d'admission) et de **soins sans consentement** à la demande du représentant de l'État (**SSC-RE** = actes suivants).

## Mémo opérationnel

### Risques principaux

- Contentieux.

### Intervention avec présence d'un des parents

- Présence d'un des parents dans le VSAV pendant le transport à chaque fois que possible.
- Attention au respect des règles fixées par la carte grise en matière de nombre de personnes autorisées à bord.

### Intervention sans présence des parents hors milieu scolaire

- Faire contacter par l'intermédiaire de la victime (si possible) ou d'amis, l'un des parents pour qu'il se rende aux « urgences » de destination.
- Solliciter les forces de l'ordre si intervention sur voie publique.
- Assurer le transport en étant impérativement à deux SP dans la cellule pendant le trajet.
- En l'absence de transport vers un centre hospitalier, les sapeurs-pompiers ont l'interdiction de laisser la victime mineure seule sur la voie publique.
- En l'absence des parents sur place, les SP devront la reconduire au domicile auprès de ses parents ou à défaut, la diriger vers un commissariat ou une gendarmerie.

### Intervention sans la présence des parents en milieu scolaire

- **Victime blessée grave** : le chef d'agrès demande l'accompagnement d'un adulte désigné par le chef d'établissement en l'absence des parents. A défaut, la prise en compte urgente primera.
- **Victime blessée léger** : l'accompagnement de la victime n'est pas obligatoire. Le transport se fera dans les conditions du point ci-dessus en jaune.

*NB : les services des urgences délivreront aux parents l'information médicale et recueilleront leur consentement pour les éventuels actes médicaux ou chirurgicaux nécessaires d'où la nécessité du contact entre l'établissement scolaire et les parents.*



Demander une copie de l'autorisation de soins si l'intervention se déroule en milieu scolaire ou péri scolaire.

La signature d'un refus de transport de la part du mineur, n'est pas recevable.

## Mémo opérationnel

### Risques principaux

- Peut concerner les enfants mais aussi les adultes.
- **Si non signalé, risques encourus par la victime.**

### Consignes générales

- Toujours utiliser le conditionnel dans les propos.
- Recueillir discrètement les éléments notamment si l'auteur des faits est présent.

### Conduite à tenir

- Etablir le bilan secouriste. Si doute, alors questionner la victime avec le plus grand tact. Choisir au besoin le membre de l'équipage le plus à même.
- Faire remonter les éléments dans le bilan toujours sous forme conditionnelle.

### Observations

- Cas de la victime mineure :

Si le CA suspecte un cas de maltraitance, il informera le médecin régulateur dans son bilan afin de favoriser son évacuation vers le CH. A l'arrivée aux urgences, le CA fera part de ses éléments toujours au conditionnel.

Si refus de transport et que le cas semble avéré, solliciter les forces de l'ordre par l'intermédiaire du CODIS.

- Cas de la victime majeure :

Il ne peut y avoir dénonciation de tels faits, que si la victime est favorable à la mise en route de cette procédure.

Toujours obtenir son accord avec présence d'un témoin. Essayer de recouper les éléments avant de faire le signalement (voisin, proches...).

## Mémo opérationnel

### Risques principaux

- Ce type d'évènement peut concerner une femme mais aussi un homme, un enfant, une personne âgée.

### Consignes générales

- Faire procéder à un bilan si possible. Des difficultés d'échanges peuvent apparaître entre la victime et les SP. Celle-ci peut être soit agressive ou soit prostrée ou passer par différentes phases.
- Privilégier toujours le même interlocuteur avec la victime.

### Conduite à tenir

- Faire procéder au bilan en recueillant les éléments strictement nécessaires. Ne pas rentrer trop dans les circonstances et éviter les répétitions source de mal être pour la victime.
- Limiter les gestes secouristes afin de ne pas perturber l'éventuelle intervention des services de Police pour déceler des traces ou indices.
- Regrouper les effets vestimentaires de la victime.
- Si intervention sur VP ou ERP, attendre les forces de l'ordre impérativement.
- A domicile, appliquer la procédure « intervention sur une scène de crime ou équivalent ».

### Observations

- 
- 
-

## Mémo opérationnel

### Risques principaux

- Personne potentiellement agressive voire dangereuse en fonction de son profil.
- **Tentative d'évasion.**

### Consignes générales

- Tout transfert de détenu doit être réalisé sous escorte de l'administration pénitentiaire et éventuellement policière suivant le niveau de dangerosité du détenu.
- Tenue : tenue F1 manches baissées + tenue de feu dans le VSAV.

### Conduite à tenir

- Accès au centre pénitencier conformément aux procédures en cours. Seuls des personnels majeurs accèdent au bâtiment.
- Accompagnement des SP par personnels pénitenciers.
  - ⚠ **Ne jamais rester isolé avec un détenu**
- Attention aux matériels SP ! Laisser les effets personnels de l'équipage, tels que couteau, téléphone portable, clé ou tout autre objet dans la boîte à gants du véhicule avant de rentrer dans l'enceinte. Rappel des consignes de sécurité aux personnels.  
Avant de partir, vérifier la présence de tout le matériel secouriste sorti (ciseaux, garrots...)

### Observations

- La prise en charge de la victime se fera soit à l'unité sanitaire soit directement en cellule.
- L'administration pénitentiaire décide du niveau d'escorte. Pendant le transport, une personne minimum de l'administration pénitentiaire sera présente dans la cellule suivant le cadre défini ci-dessous :
  - Détenu de niveau 1 : menottes + 2 agents pénitencier
  - Détenu de niveau 2 : menottes + entraves chevilles + 2 agents pénitencier +1 gradé
  - Détenu de niveau 3 : menottes + entraves chevilles + 2 agents pénitencier +1 gradé + Police

Un véhicule du centre pénitencier accompagnera le VSAV pour l'escorte. Suivant la situation mentionnée ci-dessus, un SP sera amené à s'installer dans ce véhicule afin de respecter les contraintes réglementaires de la carte grise du VSAV. Toutes les mesures seront prises pour prendre en compte l'état de santé de la victime. Néanmoins, ce sont les règles pénitentiaires qui priment et s'appliqueront notamment en termes de contraintes au niveau des membres inférieurs et/ou supérieurs.

⚠ **Il est interdit de transporter une personne menottée sur le ventre.**

Les conditions de transport du détenu et le trajet emprunté seront définis conjointement avant le départ, en fonction des éléments donnés par la régulation du SAMU. Le positionnement de l'escorte et son rôle seront rappelés à chacun avant le départ. Au départ du centre pénitencier, informer l'officier CODIS par téléphone des modalités de transport et le trajet emprunté.

## Mémo opérationnel

### Risques principaux

### Consignes générales

- Bien expliquer à la victime les lésions constatées et les risques encourus.
- Mettre en relation la victime avec le médecin-régulateur si l'état de celle-ci paraît nécessiter un transport et si indéniablement celui-ci est refusé. Faire preuve de persuasion tout en respectant les droits du patient.

### Conduite à tenir

- Essayer de persuader la victime de l'utilité de son transport vers un CH et des risques encourus réels en accord avec le médecin régulateur..

### Observations

Dans un 1<sup>er</sup> temps, face à une victime qui refuse son évacuation **alors que celle-ci est justifiée**, le chef d'agrès rend compte de la situation au CODIS et au CRRRA 15, par communication radioélectrique SSU.

Puis, chaque fois que possible<sup>1</sup>, le médecin-régulateur s'entretient par téléphone avec la personne ayant manifesté son refus de manière à apprécier au mieux la situation médicale et l'informer avec précision des risques liés à sa décision. Cet entretien peut amener la victime à réviser son jugement et à consentir à la prise en charge proposée.

Si une évacuation ou un examen médical s'avère cependant nécessaire au regard du bilan secouriste, le médecin-régulateur prend toutes mesures utiles, à l'exception d'une contention physique qui n'est pas du ressort de l'équipage du VSAV.

Si la victime persiste dans son refus, et selon la nature du risque encouru, le médecin demande au chef d'agrès de faire remplir un formulaire de refus de transport ou proposera de mettre en place une procédure d'hospitalisation sans le consentement (problème psychiatrique uniquement).

**Le formulaire de refus de transport** est un document écrit dans lequel une personne indique son refus de recevoir les soins ou le transport proposé par les secours. Ce document ne dispense pas de l'obligation d'information claire loyale et adaptée et de recherche active du consentement. En revanche, en cas de réclamation ultérieure, il permet d'apporter un commencement de preuve du refus éclairé du patient.

Ce formulaire ne doit être rempli que lorsque des soins ou une hospitalisation apparaissent nécessaires et sont refusés par le patient.

Il est souhaitable d'obtenir, outre la signature du patient, celle de témoins. Ces témoins peuvent être des proches du patient ou d'autres personnes, notamment des fonctionnaires de police ou des militaires de la gendarmerie lorsqu'ils sont présents sur les lieux de l'intervention. Il est simplement demandé à ces personnes de témoigner qu'elles ont bien entendu le chef d'agrès tenté de convaincre la victime de l'intérêt de son transport.

## Mémo opérationnel

### Risques principaux

- 

### Consignes générales

- Pas de transport de personne décédée dans un VSAV.

Sauf article L6312-1 du code de la santé publique :

Le transport de personnes décédées, en vue de prélèvement à des fins thérapeutiques, effectué à l'aide de moyens de transports terrestres, aériens ou maritimes, spécialement adaptés à cet effet, est considéré comme un transport sanitaire depuis le lieu de prise en charge de la personne décédée jusqu'à l'établissement de santé autorisé à pratiquer ces prélèvements.

Le transport médicalisé d'enfants décédés de cause médicalement inexplicée, en vue de prélèvements à des fins diagnostiques et scientifiques, ainsi que le transport de leurs représentants légaux en vue d'une prise en charge adaptée, effectué à l'aide de moyens de transport terrestres, aériens ou maritimes spécialement adaptés à cet effet, est considéré comme un transport sanitaire depuis le lieu de prise en charge de l'enfant décédé jusqu'à l'établissement de santé appelé à réaliser les prélèvements.

### Conduite à tenir

- Faire remonter les informations au CODIS notamment pour les décès sur VP ou mort violente.
- Sur VP, solliciter les forces de l'ordre et l'autorité municipale.

### Observations

#### Cas n°2a : la victime est décédée de manière certaine

La victime est décédée de manière certaine à l'arrivée des secours et ne justifie pas de manœuvres de réanimation.

Certains critères permettent au chef d'agrès d'identifier cette situation avec certitude, il s'agit :

- décapitation ou écrasement de la tête avec éclatement de la boîte crânienne et destruction évidente du cerveau ;
- raideur et lividités cadavériques, décomposition évidente des tissus.

Dans ces circonstances, les VSAV n'assurent pas le transport du corps. Un message du chef d'agrès informe le CODIS de la situation.

En dehors des cas gérés par les services de police ou gendarmerie, le SAMU est chargé de faire constater le décès par un médecin dans les meilleurs délais. Si besoin, il se chargera de faire transférer le corps par un moyen adapté sur un lieu convenu.

### **Cas n°2b : la victime est en arrêt cardio-respiratoire**

L'équipage VSAV débute une réanimation cardio-pulmonaire et met en place le DSA. Le chef d'agrès passe un message au médecin-régulateur du SAMU comprenant, outre les éléments habituels, les points suivants :

- quand le patient a-t-il été vu pour la dernière fois ?
- des gestes de survie ont-ils été entrepris avant l'arrivée des sapeurs-pompiers ?
- quel est le délai écoulé entre l'arrêt cardio-respiratoire et le début de la réanimation cardio-pulmonaire ?
- quelles sont les circonstances de survenue (pendaison, noyade, ...) ?

Lorsque le médecin régulateur décide de l'arrêt de la réanimation :

- il est mis en relation directe avec la famille ou l'entourage pour expliquer cette décision. Il l'informe qu'il va demander aux sapeurs-pompiers l'arrêt de la réanimation cardio-pulmonaire et est seul responsable de la décision ;
- il envoie un médecin généraliste pour constater le décès au plus vite.

L'équipage VSAV avec toute l'empathie requise en de telles circonstances :

- met fin aux manœuvres de réanimation cardio-pulmonaire à la demande du médecin-régulateur ;
- s'entretient avec la famille ou les proches du défunt afin, de s'enquérir de l'endroit où ceux-ci souhaite que le corps soit déposé dans l'attente de la prise en charge ultérieure par des services adaptés ;
- quitte les lieux de l'intervention, et rentre sur son CIS.

## Mémo opérationnel

<b>Impliqué</b>	Personne ayant un lien direct avec l'évènement			
	<b>Indemne</b>	Personne ayant subi des dommages corporels Tous les indemnes sont impliqués Les indemnes peuvent être victimes d'un préjudice autre que corporel		
	<b>Victime</b>	Personne ayant subi un préjudice direct ou indirect du fait de l'évènement		
		<b>Décédé</b>	Personne ayant perdu la vie au cours de l'évènement Tous les décédés sont impliqués Tous les décédés sont victimes	
		<b>Blessé</b>	Personne ayant subi un dommage physique ou psychologique Tous les blessés sont impliqués Tous les blessés sont victimes	
			<b>Urgence absolue</b>	Pathologie physique mettant en jeu le pronostic vital
	<b>Urgence relative</b>		Pathologie physique ne mettant pas en jeu le pronostic vital	
	<b>Urgence psychologique</b>	Personne ayant subi un dommage psychologique		
<b>Témoin</b>	Personne ayant assisté à l'évènement Tous les témoins ne sont pas nécessairement impliqués			
<b>Disparu</b>	Personne vraisemblablement présente lors de l'évènement, dont les circonstances font douter de sa survie, et dont le corps n'a pas été retrouvé			

Dans le mode comptage de SINUS :

<b>Victimes</b>	<b>Impliqués</b>	Impliqués de l'avant (urgence psy)	Non blessé pris en charge par CAI
		Impliqués simples indemnes	
	<b>Blessés</b>	UA	
		UR	
	<b>Décédés</b>		

# PRISE EN CHARGE D'UN REPRESENTANT DES FORCES DE L'ORDRE OU SERVICE PARTENAIRE

## Mémo opérationnel

### Risques principaux

- Perte d'information des autorités.
- **Présence potentielle d'arme de service pour les représentants des forces de l'ordre.**

### Consignes générales

- Assurer une prise en charge secouriste.
- Faire réaliser le désarmement du représentant des forces de l'ordre par un de ses collègues.
- Faire remonter dans les plus brefs délais l'appartenance de l'agent à tel ou tel service.

### Conduite à tenir

- Renseigner le CODIS dans les meilleurs délais.
- Prendre contact par téléphone avec le CODIS en précisant à l'officier CODIS, les circonstances, l'identité de la victime, les blessures potentielles.....
- Se conformer aux consignes données par le CODIS.

### Observations

- Les SP ne doivent en aucun cas manipuler les armes de service des forces de l'ordre.

## Mémo opérationnel

### Risques principaux

- Aggravation de l'état de la victime.

Cette disposition a pour objectif de détecter les symptômes de l'AVC et de traiter dans les délais les plus rapides, les victimes afin de limiter les séquelles.

### Conduite à tenir

- Faire un bilan complet de la victime.
- L'heure des premiers signes.
- Recueillir l'ensemble des ordonnances et le nom du médecin traitant.
- Prendre les coordonnées des proches.
- Evacuation de la victime sur les urgences du CHU de Clermont-Ferrand.

**L'action des sapeurs-pompiers s'arrête à la prise en charge aux urgences  
Il est important de bien respecter les statuts**

### Observations

- Symptômes AVC :
  - déformation au niveau de la bouche ;
  - faiblesse ou paralysie d'un côté du corps (bras ou jambe) ;
  - des troubles de la parole ;
  - faire remonter les difficultés rencontrées au médecin chef du SDIS ;
  - si le code sinistre ne correspond pas à l'ordre de départ, veuillez le modifier dans le CRSS (Filière AVC).

### Mémo opérationnel

#### Risques principaux

- Pas de médecin ou d'équipe médicale disponible dans des délais adaptés.
- **Transport vers une structure non adaptée à la prise en charge des situations d'urgence.**

#### Consignes générales

- Réalisation du bilan secouriste complet et transmission au CRRA 15.
- La décision d'évacuer vers un cabinet médical, ne peut avoir comme origine que le médecin-régulateur du SAMU.

#### Conduite à tenir

- Transmission du bilan secouriste au CRRA 15, échanges avec le médecin-régulateur.
- Validation du transport vers le cabinet médical par le médecin régulateur.
- Information du CODIS par le CA du transport vers le cabinet médical en indiquant la commune siège et le nom du praticien.
- Arrivée au cabinet, information du CODIS par radio.

#### Observations

- Arrivés au cabinet, les SP peuvent rencontrer les situations suivantes :

La victime est prise en compte par le médecin et bilantée. Ce dernier transmet un bilan au CRRA 15 et décide en lien avec le médecin-régulateur de la suite à donner :

- soit la victime est laissée au cabinet dans l'attente d'être prise en charge par sa famille ou autres ;
- soit la victime est évacuée vers un centre hospitalier par les SP ;
- soit la victime reste au cabinet médical dans l'attente d'une prise en compte par un ambulancier privé ;
- soit la victime reçoit une médicalisation par une équipe SMUR avec le concours des SP ;
- consignes : après bilan et examen du médecin, si la victime doit être évacuée vers CH, alors, contacter le chef de salle pour création d'une intervention « transport par carence ».

## Mémo opérationnel

### Risques principaux

- Aucun, mission assurée initialement par un vecteur privé.
- **Entre dans le domaine des interventions à caractère payant.**

### Consignes générales

- Assurer la mission de manière conventionnelle.
- Recueillir l'ensemble des renseignements nécessaires au traitement de la mission dans le cadre des interventions payantes.

### Conduite à tenir

- Trois types de missions sont concernés :
  - transport entre le bas des pistes et le cabinet médical ;
  - transport entre le bas des pistes et la DZ ;
  - transport entre le bas des pistes et le centre hospitalier.

### Observations

- A chacune des trois situations rencontrées ci-dessus, un tarif forfaitaire spécifique sera mis en œuvre conformément aux délibérations prises par le conseil d'administration du SDIS.
- La nature de sinistre sur le ticket de départ indiquera le caractère payant ou non de l'intervention. Le chef d'agrès devra compléter son CRSS dans les 8 jours et transmettre le formulaire de renseignement au service opérations du GMOO pour prétendre à traitement. Chaque intervention fait l'objet d'une facturation mensuelle à la mairie siège de la station de ski.



# INTERVENTION SUR UNE SCENE DE CRIME OU EQUIVALENT

## Mémo opérationnel

### Risques principaux

- Modification de la scène.
- Entrave dans le cadre d'une affaire judiciaire.

### Consignes générales

- La victime est vivante, alors le secours prime sur tout le reste.
- Dans le cas contraire, assurer un bilan secouriste et rendre compte au CODIS/SAMU.

### Conduite à tenir

- Ne pas déplacer inutilement un corps ou des objets dans la pièce concernée.
- Essayer de toujours emprunter le même cheminement pour entrer et sortir de la pièce.
- Ne pas explorer ou contaminer d'autres pièces du logement.
- Ne pas couper les vêtements de la victime à proximité des points d'entrée des projectiles ou des coups de couteau.
- Ne pas polluer les extérieurs de la scène par des déplacements inutiles.
- Ne pas manipuler ou essayer de neutraliser une arme à feu. Toujours partir du principe qu'elle est chargée, attention à son orientation et à sa mise en station hors de portée des secours.
- En cas de pendaison, ne pas couper ou défaire le nœud. Si besoin, couper la corde à distance du nœud et laisser le dispositif de pendaison en place (chaise.....).
- En cas de mort par médicaments, conserver les emballages.

### Observations

- Dans ce type de situation, les SP feront l'objet d'un entretien avec les forces de l'ordre dans le cadre de l'enquête. Il est essentiel de pouvoir se rappeler de la position du corps, de l'ouverture des ouvrants ou non, de la présence de témoin .... Car le CA pourra être interrogé par les services enquêteurs ultérieurement.

## Mémo opérationnel

### Risques principaux

- Cette mission n'incombe nullement aux sapeurs-pompiers.
- Néanmoins, le CRRA 15 pourra faire appel aux moyens du SDIS par carence.

### Consignes générales

- Réalisation de la mission sans caractère d'urgence.

### Conduite à tenir

- Pas de caractère d'urgence = pas d'utilisation des signaux avertisseurs pour franchir les intersections.
- Réalisation de la carence en élaborant une fiche bilan secouriste.

### Observations

- Le SAMU formule la demande de carence auprès du CTA/CODIS qui en valide la faisabilité en fonction de l'activité opérationnelle et de la disponibilité des moyens.
- Si l'intervention est réalisable, elle est alors saisie sur le système d'alerte avec la nature de sinistre « Carence d'ambulance ou HO-HDT ».  
En observations, peuvent être indiqués des renseignements utiles à l'équipage.
- S'agissant de carence d'ambulance, la mission est réalisée avec un équipage de deux SP.

## Mémo opérationnel

### Risques principaux

- Atteintes physiques à l'encontre des SP et des forces de l'ordre.
- La personne peut être en possession d'arme blanche, d'arme à feu...

### Consignes de sécurité

- La neutralisation de la victime incombe exclusivement aux forces de l'ordre même en cas de réquisition.
- En cas de transport, si danger particulier, demander l'assistance d'un agent des forces publiques (acceptation non obligatoire des forces de l'ordre).
- **Adresser un message rapide au CODIS en ajoutant le CDG du secteur en destinataire.**
- Ne pas se présenter face à la porte d'entrée si elle est fermée (frapper en restant sur le côté).

### Conduite à tenir

- Prendre le maximum de renseignements au départ et à l'arrivée avec les forces de l'ordre.
- En cas de notion d'arme à feu, ne pas se rendre à l'adresse ; demander un PRM au CTA CODIS.
- Ne pas se présenter face à la porte d'entrée, penser à la coupure des énergies ;
- Intervenir lorsque la personne est sous contrôle des forces de l'ordre.
- **En cas de victime agitée, demander (dans le bilan circonstanciel) l'intervention d'un médecin ou d'un infirmier SP par le biais du SAMU.**

### Observations

En cas de **soins à la demande d'un tiers (ancienne HDT) ou Soins à la demande d'un représentant de l'État (ancienne HO) veuillez consulter la fiche correspondante.**

## Mémo opérationnel

### Risques principaux

- Non-respect des protocoles liés à la fin de vie.

### Consignes générales

- Faire un bilan secouriste complet.
- Approfondir le questionnement en fonction de l'état de santé de la victime.
- Rendre compte au CRRA 15.

### Conduite à tenir

- Elaboration du bilan secouriste et questionnement pour rechercher la notion de mise en œuvre ou pas du protocole « fin de vie ».
- Prise de contact avec proches ou famille en retrait de la victime.
- Information adaptée des membres de l'équipage.

### Observations

Le patient est dans un état de fin de vie connu et l'information est transmise au chef d'agrès dès son arrivée, aucune manœuvre de réanimation n'est engagée. Le patient ou son entourage a formulé une demande expresse de maintien au domicile conformément à la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie en exprimant le souhait de ne pas être réanimé.

Le chef d'agrès en informe immédiatement la régulation médicale qui entre directement en contact si possible, avec le patient ou la personne de confiance ou avec la famille ou à défaut les proches ; informe dans les plus brefs délais les sapeurs-pompiers déjà engagés ; s'assure par tout moyen que la prise en charge initiale du patient par les sapeurs-pompiers et/ou l'ISP déjà engagés ne soit pas contraire aux volontés du patient et ne s'apparente pas à de l'obstination déraisonnable et prend en urgence, avant l'arrivée d'un médecin sur place, les mesures et décisions médicales les plus appropriées à l'état du patient et à ses volontés.

**L'information du patient quant aux décisions médicales relève de la compétence d'un médecin, et non de la compétence des sapeurs-pompiers ou de l'ISP présents sur place.**

## Mémo opérationnel

### Risques principaux

- Contamination du personnel intervenant.

### Consignes générales

- Faire un bilan secouriste complet.
- Approfondir le questionnement en fonction de l'état de santé de la victime.
- Rendre compte au CRRA 15.

### Conduite à tenir

- Elaboration du bilan secouriste et questionnement pour rechercher la notion de mise en œuvre du protocole.
- Si risque connu à la prise d'appel, appliquer la procédure et port des EPI.
- Information adaptée des membres de l'équipage.

### Observations

Dans le cas d'un engagement immédiat, les premiers intervenants effectuent un bilan complet, qui sera transmis au CODIS et au médecin-régulateur.

**Dans le cadre d'un cas avéré, équipement des personnels "masques FFP2, gants, lunettes si risque de projection".**

#### ▶ Durant le trajet :

- ➔ Ne pas utiliser le chauffage et la ventilation.
- ➔ Ouvrir les vitres latérales de la cellule.

#### ▶ Conduite Ops :

- ➔ Procéder à la recherche des renseignements, bilan complet.
- ➔ Positionner soit un masque chirurgical sur le visage (bouche + nez) de la victime soit l'O2 par le biais d'un masque HC si détresse vitale.
- ➔ Transmettre bilan et observations au SAMU.
- ➔ Ne pas se frotter les yeux ni porter la main à la bouche.
- ➔ Usage de masque FFP2, conforme aux recommandations du fabricant (notice d'utilisation), il est rappelé que ce masque n'est efficace que s'il est bien ajusté.
- ➔ Port de gants.
- ➔ Information du CODIS pour assurer la veille sanitaire.

## Mémo opérationnel

### Risques principaux

De nombreuses interventions se déroulent dans un environnement traumatique hémorragique. A tout moment, le sapeur-pompier peut être exposé au risque d'accident lié aux liquides biologiques soit par projection sur la peau soit par pénétration percutanée.

Un accident d'expositions à un risque viral est défini comme toute exposition percutanée (par piqure ou coupure) ou tout contact direct sur une peau lésée ou des muqueuses (bouche, yeux) avec du sang ou un liquide biologique souillé par du sang.

### Consignes générales

La première protection contre les accidents d'exposition aux liquides biologiques est le **port des équipements de protection individuelle** (gants, lunettes, tenue avec manches baissées...).

Il faut être vigilant par rapport aux déchets d'activités de soins (compresses, CHUT,...) qui doivent être manipulés avec des gants et jetés immédiatement après utilisation, dans les sacs poubelles jaunes prévus à cet effet. Les aiguilles (ne jamais essayer de les recapuchonner) ainsi que les objets coupants doivent être manipulés avec prudence, et jetés dans les boîtes à aiguilles.

### Conduite à tenir

Premiers soins immédiats :

<u>PIQUIRE ET BLESSURE</u>	<u>PROJECTION SUR LES MUQUEUSES OU DANS LES YEUX</u>	<u>CONTACT DIRECT DU LIQUIDE BIOLOGIQUE SUR PEAU LESEE</u>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nettoyage de la zone cutanée à l'eau et si possible au savon</li> <li>Rinçage soigneux.</li> <li>Désinfection <b>au moins 5 minutes</b> avec du <b>Dakin®</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rincer abondamment au <b>sérum physiologique</b> Poche NaCl 0,9 % + perfuseur ou à défaut à l'eau <b>de façon prolongée (15 minutes)</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nettoyage de la zone atteinte à l'eau et si possible au savon</li> <li>Rinçage soigneux.</li> <li>Désinfection <b>au moins 5 minutes</b> avec du <b>Dakin®</b></li> </ul>

Le renouvellement des éléments utilisés ou périmés se fait auprès de la PUI.

Il faut se rendre rapidement (**maximum dans les 4h**) au service des urgences de l'hôpital afin de :

- effectuer la première prise de sang ;
- déclarer l'accident du travail ;
- commencer un **éventuel traitement préventif anti VIH**.

Prévenir l'officier CODIS qui transmettra l'information au PSSM.